Die Fortleitung der Entzündung der weiblichen Genitalien auf die Umgebung des Rectums und ihr Nachweis durch die Rectaluntersuchung.

1922

19

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Kurt Georgi

aus Sangerhausen.

Referent: Geh. Med.-Rat Professor Dr. Sellheim.

Halle a. d. S. 1922

Buchdruckerei des Waisenhauses

Nach einigen Vorbemerkungen über die topographischen Verhältnisse im weiblichen Becken, Vorbemerkungen, die sich besonders auf die von Sellheim über diesen Gegenstand angestellten Forschungen (Topographischer Atlas zur norm. und pathol. Anatomie des weiblichen Beckens) gründen, wird zunächst die Frage aufgeworfen, welche Entzündungsprozesse des weiblichen Genitaltraktus fähig sind, auf Nachbarorgane überzugreifen. Pathologisch-anatomische Erwägungen führen zu dem Schluß, daß das nur solche Entzündungen sein können, denen irgendwelche infektiösen Mikroorganismen als Erreger zugrunde liegen. Denn: Nicht infektiöse Entzündungen bleiben da lokalisiert, wo das sie erzeugende schädliche Agens unmittelbar einwirkt, bakteriell bedingte Entzündungen dagegen sind imstande, selbständig fortzuschreiten.

Dieses Fortschreiten ist, wie die Forschungen Königs (Volkm. Smlg. Klin. Vortr. Nr. 18) und des Franzosen Bichat zeigen, aus rein physikalischen Gesetzen allein nicht zu erklären, auch bei mit Exsudation einhergehenden Entzündungen nicht. Es ist eben nicht das Exsudat, welches fortschreitet, sondern die Infektion bez. die sie bewirkenden Mikroorganismen.

Andererseits haben die in der Arbeit näher geschilderten Tierexperimente Jauchs (Zur Ätiol. der Parametritis, I.-D. Würzburg 1889) ergeben, daß auch durch infektiöse Mikroorganismen bedingte Entzündungen, speziell des weiblichen Genitaltraktus, vielfach lokalisiert bleiben.

Man ist daher genötigt, in solchen Fällen, in denen die Infektion wirklich fortschreitet, noch besonders begünstigende Momente dafür anzunehmen. Als solche spielen Höhe der Bakterienvirulenz, Widerstandskraft des Organismus, Veränderungen des Genitaltraktus zur Zeit der Menstruation, der Gravidität und vor allem des Puerperiums eine große Rolle.

Der folgende Teil der Arbeit beschäftigt sich mit der Art und Weise, wie das Fortschreiten einer Entzündung vor sich gehen kann. Von den drei Modi: „Per continuitatem, per contiguitatem und per metastasin" werden in der Arbeit nur die beiden ersteren berücksichtigt, weil das Thema im Sinne des direkten Übergreifens genitaler Entzündungsprozesse auf die Umgebung des Rectums zu behandeln ist:

Der Ausbreitungsmodus „per continuitatem" eignet vor allem der weiblichen Gonorrhoe. Wie dieselbe, derart sich ausbreitend, auf die Umgebung des Rectums übergreift, zeigen Fall I und II der in der Arbeit angeführten Fälle: In beiden ascendierte der gonorrhoïsche Entzündungsprozeß im Genitaltraktus, gelangte so zunächst in die Tuben und führte zu einer gonorrhoïschen Pyosalpinx. Von hier aus griff er auf das Peritoneum über, eine Adhäsivperitonitis erzeugend, die sich bis auf die Serosa recti erstreckte und so zu einer festen entzündlichen Verwachsung dieser mit dem Pyosalpinxsack führte.

Dieselbe Art der Ausbreitung findet sich bei tuberkulösen Entzündungsprozessen an den weiblichen Genitalien, wenn schon die Ausbreitung, in der Mehrzahl der Fälle wenigstens, in umgekehrter Rich-

tung, also descendierend, erfolgt. Als Beleg dafür dient in der Arbeit ein Fall aus der Dissertation Rehbocks (Greifswald 1903, S. 8), wo eine primäre Mastdarmtbc. via Peritoneum auf die Genitalien übergriff. Obwohl in der Literatur und auch in der Hallenser Frauenklinik ein ähnlicher Fall, in dem der Prozeß nur in umgekehrter Richtung verlaufen wäre, nicht gefunden worden ist, ist an der Möglichkeit eines solchen Vorkommens nicht zu zweifeln, nachdem Jung im Jahre 1904, zusammen mit Bennecke, an Tierexperimenten das ascendierende Fortschreiten einer primären Genitaltbc. nachgewiesen hat.

Die weibliche Genitaltbc. ist aber, im Gegensatz zur Gonorrhoe, auch dazu fähig, von der Oberfläche in die Tiefe zu dringen und so nach dem Modus: „Per contiguitatem“ d. h. auf dem Wege der Blut- und Lymphgefäße bez. Spalträume des Bindegewebes auf Nachbarorgane überzugreifen. Als Beispiel dafür wird in der Arbeit Fall III angeführt, wo sich eine Genitaltbc. im Beckenbindegewebe ausbreitete, zahlreiche Lymphdrüsen desselben tuberkulös erkranken ließ und auf der rechten Seite des Mastdarms zu einer Absceßbildung führte.

Die Ausbreitung per contiguitatem eignet ferner luetischen Affektionen der Genitalorgane. In der Arbeit ist auf Beobachtungen luetischer Mastdarmstrikturen durch Schede (Dtsch. Ztschr. f. Chirurg., Bd. 109, S. 261) hingewiesen, deren Entstehung dieser nicht anders erklären möchte, als daß „die luetischen Genitalprozesse auf dem Wege der Gefäße zum Rectum fortgeleitet seien.“

Besonders aber sind es die Mikroorganismen mit größerer invasiver Kraft, bei deren Ausbreitung der Modus per contiguitatem im Vordergrunde steht. Begünstigend für ihr Eindringen wirken Menstruation, Gravidität und Puerperium. Es werden in der Arbeit zunächst zwei Fälle erwähnt, denen eine Endometritis streptococcica zugrunde liegt: In dem einen (Fall IV) griff eine Infektion im Wochenbett auf das paraproktale Bindegewebe über, im anderen (Fall V) bildete sich unter Fiebererscheinungen im Anschluß an einen Abort eine linksseitig gelegene, starre Infiltration in der Umgebung des Rectums. Fall VI zeigt, wie ein derartiger puerperaler Prozeß nach längerer Zeit wieder aufflackern und zum Weiterfortschreiten befähigt werden kann, derart, daß infolge der starken Einengung des Rectums durch das entzündliche Exsudat ein anus praeter angelegt werden mußte. In den beiden folgenden Fällen VII und VIII wird die Menstruation als begünstigendes Moment für die Fortleitung des genitalen Entzündungsprozesses angesehen. Mit Fall IX endlich wird noch ein zu den Seltenheiten gehöriges Beispiel einer Genitalentzündung angeführt, die sich ebenfalls per contiguitatem ausbreitete: eine langsam fortschreitende Aktinomykose, die das Rectum zwingenartig umschloß (Bondy, Ztrlbl. f. Gyn. 1910, Nr. 38).

Mit Hilfe der Rectaluntersuchung läßt sich feststellen, ob die Genitalentzündung auf intra- oder extraperitonealem Wege in die Umgebung des Rectums gelangte, ein Umstand, der vor allem prognostisch Bedeutung hat: Während ein intraperitonealer Entzündungsprozeß dank der eintretenden Adhäsionsbildungen gewöhnlich abgekapselt wird, nehmen extraperitoneale Entzündungen im kleinen Becken, den physiologischen Schwankungen der Genitalsphäre (Menstruation, Gravidität, Puerperium)

in ganz anderem Maße unterworfen und durch dieselben gleichsam geschürt (Zunahme der Bakterienvirulenz), häufig einen ernsteren Verlauf.

Als charakteristische Befunde bei extraperitonealen Entzündungen in der Umgebung des Rectums sind hervorzuheben:

1. Eine zwingenartige Einengung des Rectums, beruhend auf einer stärkeren entzündlichen Verdickung und Schwellung der Lig. sacrouterina (Fall V und IX). Entsteht bei den verschiedensten entzündlichen Affektionen des weiblichen Genitaltraktus, kann aber auch, worauf W. A. Freund aufmerksam macht, die Folge entzündlicher Zustände des Mastdarms sein, ein Moment, an welches differentialdiagnostisch zu denken ist.

2. Harte Massen zur Seite des Rectums, einseitig (Fall VII) oder doppelseitig (Fall IV). Können bedingt sein durch entzündliche Infiltrate bez. Exsudate im paraproktalen Gewebe. Die Lig. sacrout. gehen gewöhnlich in diesen Massen auf und lassen sich deshalb nicht gesondert tasten (Unterschied gegenüber intraperitoneal gelegenen Schwellungen).

Differentialdiagnostisch sind sie abzugrenzen:

a) gegen carcinomatöse Metastasen im Paraproktium bei primärem Genital-Ca,
b) gegen Entzündungen, die vom Rectum ausgehen,
c) gegen extraperitoneal im paraproktalen Bindegewebe entstehende Beckenfibrome.

3. eine der Darmwand anliegende, weiche, fluktuierende Schwellung. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht:

a) paraproktale Abscesse rectalen Ursprungs,
b) paraproktale Abscesse, ausgehend vom knöchernen Becken (osteomgelitischen, tuberkulösen oder syphilitischen Ursprungs),
c) Senkungsabscesse, auf der Vorderfläche des Kreuzbeins nach abwärts ins kleine Becken gewandert,
d) cystische Neubildungen im Beckenbindegewebe (Atheromcysten, Dermoïdcysten, Echinokokkuscysten).

Von intraperitonealen Entzündungen in der Umgebung des Rectums lassen sich durch die Rectaluntersuchung nachweisen:

1. Douglasabscesse, von den paraproktalen Abscessen unterschieden.
a) durch ihre Lage (an der Vorderwand des Rectums, nie tiefer als 6 cm oberhalb des Anus: Umschlagstelle des Douglasperitoneums),
b) durch die erhaltene Verschiebbarkeit der Rectalschleimhaut über der Stelle der Vorwölbung.

2. entzündliche Verwachsungen der Adnexe mit der Serosa recti (Fall I und II).
a) Möglichkeit freier Abhebbarkeit der Lig. sacrout. von der gefühlten Schwellung (Sicherstellung des intraperitonealen Sitzes),
b) der von außen durch die Bauchdecken palpierende Finger hat bei frischen entzündlichen Verklebungen das Gefühl des Einbrechens wie in frisch gefallenen Schnee, bei alten, organisierten Verwachsungen nimmt er vielfach derbe Verbindungsstränge wahr.